

Δείκτες υγείας στην Ευρώπη

1. Εισαγωγή
2. Θνησιμότητα
3. Λοιμώδη νοσήματα
4. Καρδιαγγειακά νοσήματα
5. Καρκίνοι
6. Άλλα χρόνια νοσήματα
7. Ατυχήματα
8. Η υγεία των γυναικών, των παιδιών και των νέων
9. Συμπεριφορικοί παράγοντες
 - 9.1. Κάπνισμα
 - 9.2. Αλκοόλη
 - 9.3. Ναρκωτικά
 - 9.4. Διατροφή
 - 9.5. Φυσική άσκηση

Γ. Τούντας,^{1,2}
Δ. Τριανταφύλλου,¹
Σ. Φρισήρας²

¹Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας,
Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας,
Ιατρικό Τμήμα, Εθνικό Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών

²Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής
Ιατρικής

Health indicators in Europe

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δείκτες υγείας
Θνησιμότητα
Νοσηρότητα
Υγεία

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), ο πληθυσμός της Ευρώπης το 1997 ήταν 870 εκατομμύρια, αποτελώντας το 15% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού. Με δεδομένο το χαμηλό αριθμό γεννήσεων οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν το πρόβλημα του πολύ χαμηλού ρυθμού φυσικής αύξησης του πληθυσμού (0-1%) ή ακόμα και της συρρίκνωσης, ιδίως στην ανατολική Ευρώπη.¹

Η σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση, καθώς και η μείωση των γεννήσεων τα τελευταία χρόνια, έχουν οδηγήσει σε γήρανση όλου του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Το μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών ευθύνεται πρωτίτως για την επιδημιολογική μετάβαση από το μοντέλο νοσηρότητας που χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά οξείων νόσων (κυρίως λοιμωδών) και ατυχημάτων, στο μοντέλο όπου κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται στη θεαματική βελτίωση της υγείας των Ευρωπαίων στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλό σε σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο. Οι διαφορές, ωστόσο, που παρουσιάζονται τόσο μεταξύ των διαφόρων κρατών της Ευρώπης όσο και ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες κάθε πληθυσμού, δημιουργούν σοβαρές ανισότητες σε ό,τι αφορά την υγεία.

Μια πρώτη σημαντική διαφοροποίηση αφορά την υποκειμενική εκτίμηση που έχουν οι κάτοικοι της Ευρώπης για την υγεία τους. Αν και η αντίληψη της έννοιας «υγεία» δεν είναι κοινή για τους κατοίκους των διαφόρων χωρών της Ευρώπης, μια και είναι συνυφασμένη με τον πολιτισμό, τις κοινωνικές συνθήκες και τον τρόπο ζωής, η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αδρή εκτίμηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Το ποσοστό του πληθυσμού που θεωρεί την κατάσταση της υγείας του καλή ή πολύ καλή διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα και τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται σε χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης (εικ. 1).

Η ΠΟΥ πραγματοποίησε το 1995 σχετική μελέτη ομαδοποιώντας τις ευρωπαϊκές χώρες ως εξής: σε 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σε 5 Σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Φινλανδία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σουηδία), στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης (Βουλγαρία, πρώην Τσεχοσλοβακία, Ουγγαρία, Πολω-

νία, Ρουμανία, πρώην Γιουγκοσλαβία) και στις 15 νέες Δημοκρατίες της πρώην ΕΣΣΔ.

Οι σαρωτικές πολιτικές αλλαγές, που σημειώθηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990 στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, αποδυνάμωσαν τις οικονομίες τους, μείωσαν το ακαθάριστο εθνικό προϊόν τους και δημιούργησαν σημαντικά ρήγματα στον κοινωνικό ιστό. Ως τα μέσα της δεκαετίας, ωστόσο, εμφανίστηκαν σημεία σταθεροποίησης και οι προοπτικές για ανάκαμψη είναι πλέον ενθαρρυντικές.

Στη δυτική Ευρώπη, προστέθηκαν νέα μέλη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ οι μεταξύ των μελών σχέσεις αναβαθμίστηκαν, γεγονός που προήγαγε τη διακίνηση πληροφοριών, αγαθών, υπηρεσιών και πληθυσμών στους κόλπους της.

Τόσο οι χώρες της δυτικής όσο και οι χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, καθώς και οι χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, μοιράζονται πλέον τα ίδια κοινωνικά προβλήματα. Το φαινόμενο της ανεργίας, πρόβλημα ανύπαρκτο μέχρι πρότινος στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, ενώ στη δυτική Ευρώπη το ποσοστό των ανέργων παραμένει σε υψηλά επίπεδα όλα τα τελευταία χρόνια.

Η άνιση κατανομή του πλούτου και το υψηλό ποσοστό του φτωχού και άστεγου πληθυσμού χαρακτηρίζει τόσο τη δυτική Ευρώπη όσο και τις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, ενώ

μόνο στην ανατολική Ευρώπη περίπου το 1/3 του πληθυσμού ζει κάτω από συνθήκες απόλυτης φτώχειας.⁴

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι οι ένοπλες συγκρούσεις στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και στην πρώην Γιουγκοσλαβία από το 1989 έως το 1995, οδήγησαν σε 400.000 περίπου θανάτους, καθώς και στον τραυματισμό, στην αναπηρία και στη μετανάστευση χιλιάδων ανθρώπων.²

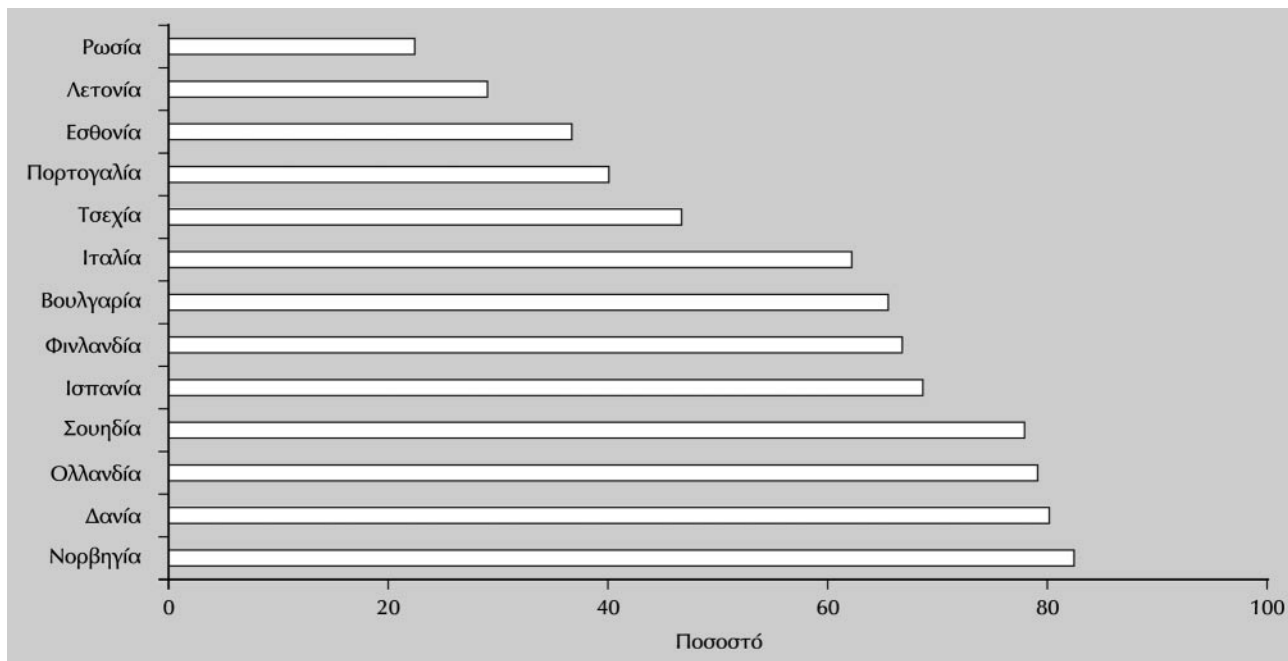
2. ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τη μελέτη της ΠΟΥ, οι κύριες αιτίες θανάτου ποικίλλουν στις διάφορες ηλικιακές ομάδες. Στη βρεφική και παιδική ηλικία, οι περισσότεροι θάνατοι οφείλονται σε αναπνευστικά και λοιμώδη νοσήματα. Στους νεαρούς ενήλικες το συνηθέστερο αίτιο θανάτου είναι τα ατυχήματα, ενώ ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν τους περισσότερους θανάτους στις μεγάλες ηλικίες (εικ. 2).

Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση παρουσίαζε μια αργή αλλά σταθερή άνοδο, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, μια οξεία πτώση του προσδόκιμου επιβίωσης στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ προκάλεσε τη μείωση του ευρωπαϊκού προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση από τα 73,1 έτη το 1991 στα 72,4 έτη το 1994.

Πιο συγκεκριμένα:

- Στη δυτική Ευρώπη παρατηρείται συνεχής αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, παρά τις σημαντικές διαφο-



Εικόνα 1. Ποσοστά ατόμων που εκτιμούν την υγεία τους καλή ή πολύ καλή, προτυπωμένα ως προς την ηλικία (1994–1997).^{2,3}

ρές μεταξύ των επιμέρους κρατών, π.χ. Σουηδία και Πορτογαλία (εικ. 3).

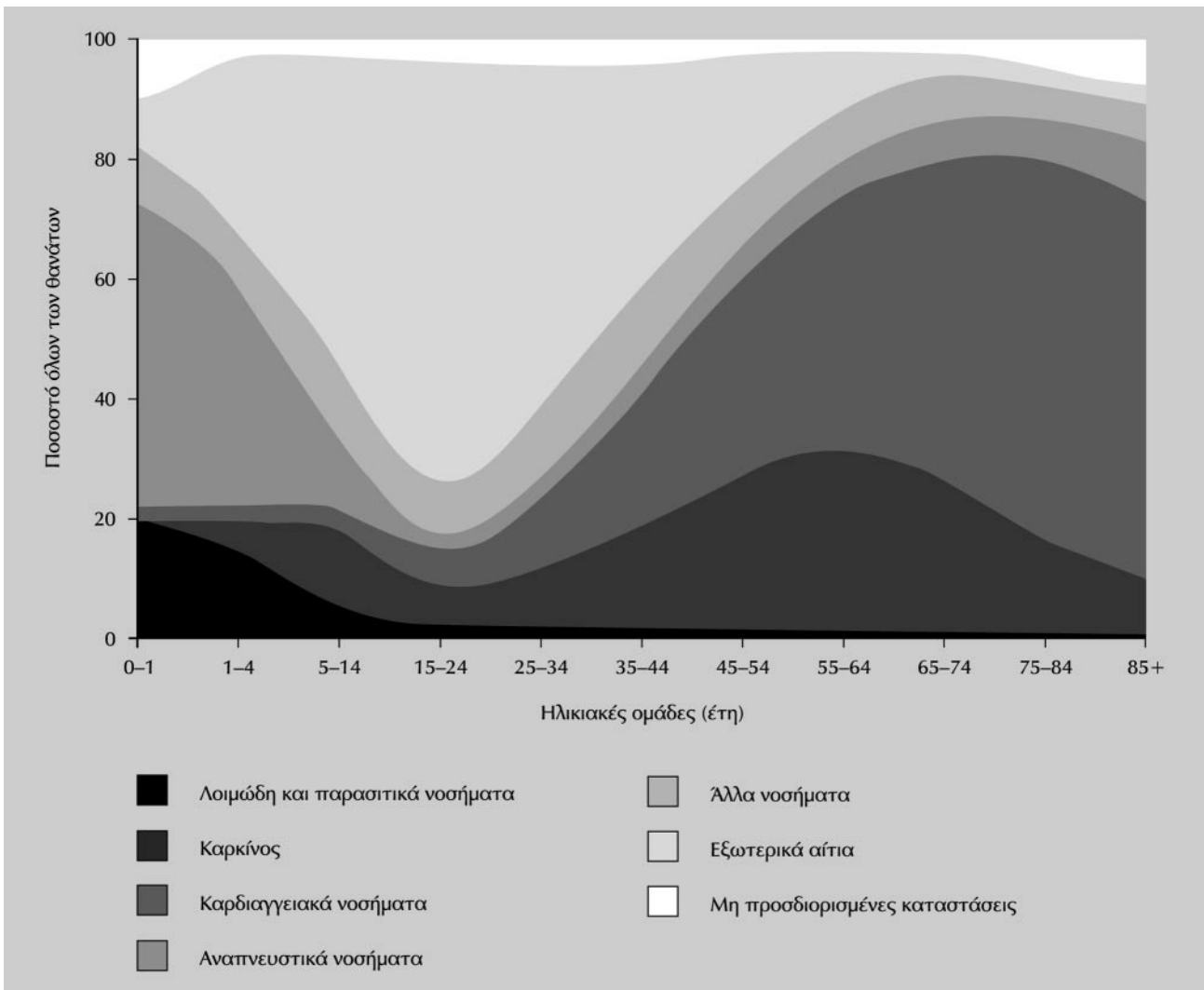
- Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, τη δεκαετία του 1970 το προσδόκιμο επιβίωσης παρέμεινε στάσιμο, ενώ το 1986 σημειώθηκε απότομη αύξηση, η οποία ακολούθηθηκε από μείωση. Η μείωση αυτή υπήρξε ιδιαίτερα έντονη το 1993–1994. Από το 1995, ωστόσο, έχει αρχίσει να διαφαίνεται ανάκαμψη του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση σε πολλές από τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ.
- Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, από τις αρχές της δεκαετίας του 1990 παρατηρείται συνεχής βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες (εικ. 4).

Τα τελευταία χρόνια, η διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση και στη θνησιμότητα ανάμεσα στην ανατολική και τη δυτική Ευρώπη αυξήθηκε σημαντικά. Το 1995, το προσδόκιμο επιβίωσης στις

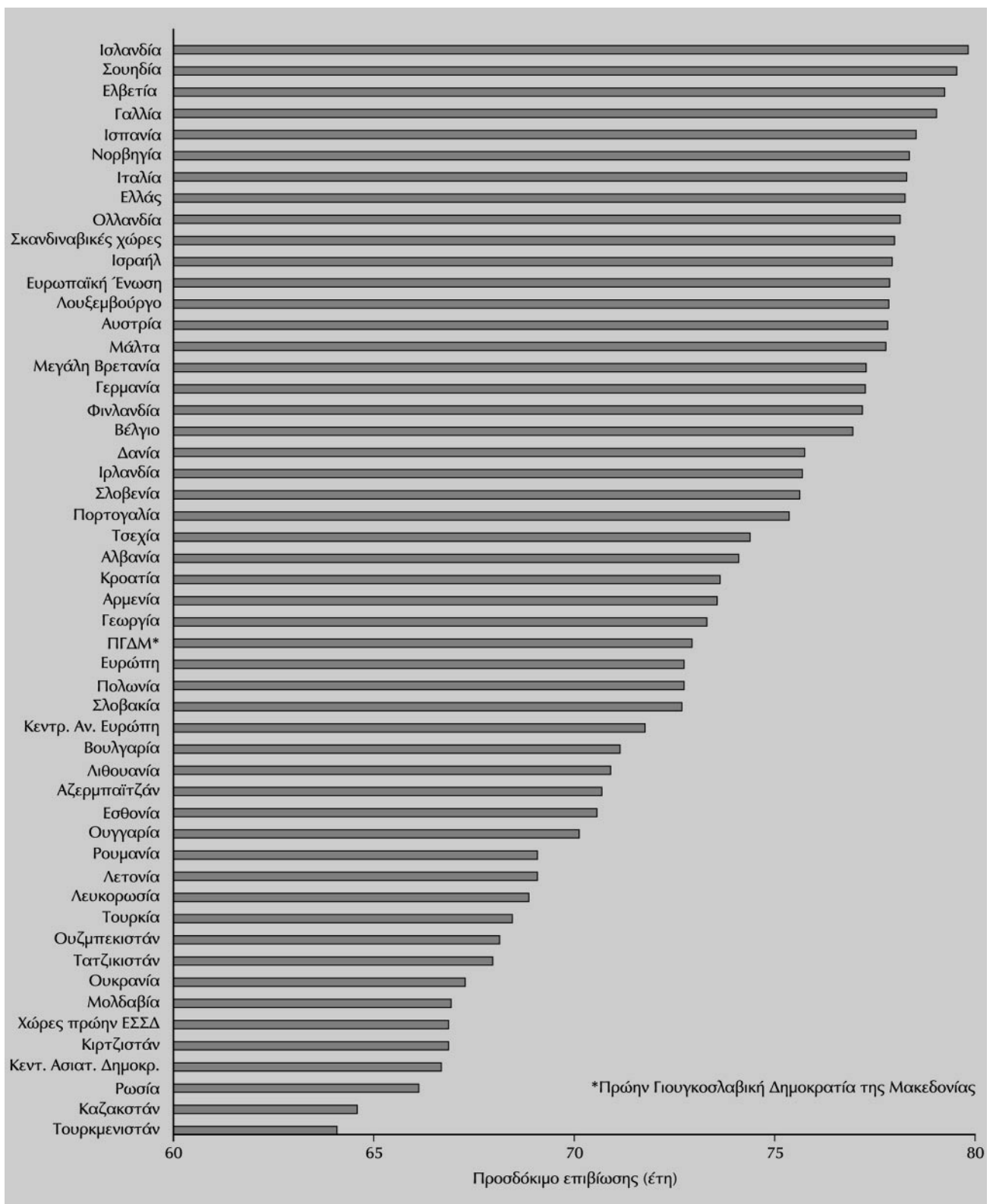
χώρες της πρώην ΕΣΣΔ υπολείπονταν κατά 11 χρόνια του μέσου όρου στη δυτική Ευρώπη, ενώ το 1970 η διαφορά τους ήταν 2,5 χρόνια. Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, το 1995, το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση ήταν κατά 6 χρόνια μικρότερο από αυτό της δυτικής Ευρώπης, ενώ τη δεκαετία του 1970 υπολείπονταν κατά 2,5 έτη.

Ο ευρωπαϊκός στόχος της ΠΟΥ για το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τουλάχιστον τα 75 έτη για το 2000. Με βάση τα σημερινά δεδομένα, 23 χώρες, που αντιπροσωπεύουν το 46% του ευρωπαϊκού πληθυσμού, δεν μπόρεσαν να υλοποιήσουν αυτόν το στόχο, ενώ θα χρειαστούν περίπου 18 χρόνια (ως το 2017) για να επιτευχθεί από όλες τις χώρες.

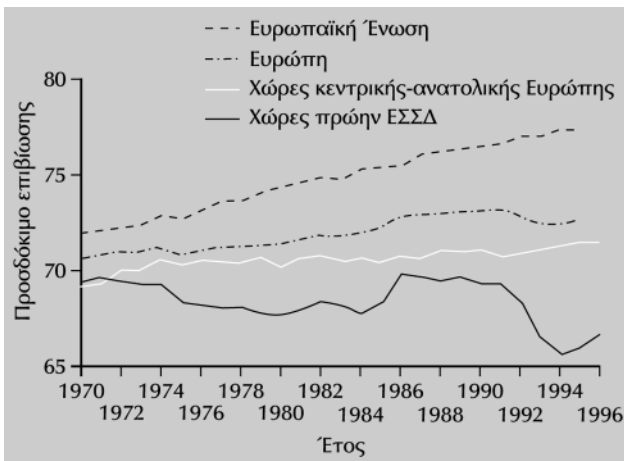
Σε ό,τι αφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά φύλο, 30 χώρες έχουν ήδη πετύχει το στόχο για τους άνδρες (67 έτη) και 35 χώρες έχουν πετύχει το στόχο για τις γυναίκες (74 έτη).²



Εικόνα 2. Βασικές αιτίες θανάτου κατά ηλικία στην Ευρώπη στα μέσα της δεκαετίας του 1990.²



Εικόνα 3. Προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση, σε κράτη και ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1996).²



Εικόνα 4. Προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση, σε ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1970–1996).²

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Θα πρέπει να συνοδεύεται και από αύξηση των χρόνων υγιούς ζωής. Το 1984, η ΠΟΥ όρισε επιπλέον δείκτες υγείας, για να διερευνηθεί αν η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής συμβαδίζει με αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης χωρίς αναπηρία ή χρονία νόσο. Οι δείκτες αυτοί συνοψίζονται στον όρο «προσδόκιμο υγείας» (health expectancy).

Τα διαθέσιμα στοιχεία, αν και ελλιπή, είναι ενθαρρυντικά, τουλάχιστον για τη δυτική Ευρώπη. Τα χρόνια που κερδήθηκαν με την επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης στη γέννηση είναι ως επί το πλείστον χρόνια απαλλαγμένα από σοβαρή νόσο ή αναπηρία, γεγονός που καταδεικνύει τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης και περίθαλψης.

3. ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τη δεκαετία του 1990, λοιμώδη νοσήματα άγνωστα στην Ευρώπη για πολλά χρόνια επανεμφανίστηκαν, νέα λοιμώδη νοσήματα άρχισαν να εξαπλώνονται, ενώ η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά δυσχεραίνει πλέον τον έλεγχο πολλών λοιμωδών νόσων. Επιπλέον, ενώ έως τώρα η επανεμφάνιση των λοιμωδών νόσων περιοριζόταν στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και ιδίως στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, υπάρχει πλέον ο κίνδυνος οι επιδημίες να εξαπλωθούν στη δυτική Ευρώπη, όπως ακριβώς εξαπλώνεται το AIDS προς τα ανατολικά. Στα προβλήματα αυτά θα πρέπει να προστεθούν και τα νέα λοιμώδη νοσήματα των ζώων, που απειλούν μέσω της τροφικής αλυσίδας και τον άνθρωπο, όπως η σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών, που προκαλεί την ανιάτη νόσο Creutzfeldt-Jakob.

Η επανεμφάνιση της διφθερίτιδας το 1990 προκάλεσε τεράστια επιδημία στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ με 150.000 κρούσματα και 4.000 θανάτους, ενώ κρούσματα της νόσου έχουν αναφερθεί στη Φινλανδία, Γερμανία, Νορβηγία, Πολωνία και αλλού. Οι επιδημίες χολέρας σε χώρες γύρω από την Κασπία, τη Μαύρη Θάλασσα και τη Μεσόγειο αποτελούν ένα ακόμη παράδειγμα επανεμφανιζόμενης νόσου. Τα κρούσματα ελονοσίας στην Ευρώπη αυξήθηκαν από 20.000 το 1992 σε 200.000 το 1995, παρά το γεγονός ότι η νόσος είχε σχεδόν εξαλειφθεί στη δεκαετία του 1980. Η ελονοσία πλήττει κυρίως το Αζερμπαϊτζάν, το Τατζικιστάν, την Τουρκία και τις γειτονικές χώρες, ενώ έχουν καταγραφεί 3.000–4.000 περιστατικά σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

Η νοσπρότητα και η θνησιμότητα από οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις έχει αυξηθεί στις ηλικίες κάτω των 5 ετών, ενώ οξεία διαρροϊκά νοσήματα και επιδημίες γρίπης με εκατομμύρια κρούσματα προκαλούν χιλιάδες θανάτους ετησίως σε όλη την Ευρώπη. Η επίπτωση της φυματίωσης έχει αυξηθεί τόσο στην ανατολική Ευρώπη όσο και στη δυτική, κυρίως σε πληθυσμούς μεταναστών. Παράγοντες που ευνοούν την εξαπλώσή της είναι η ύπαρξη στελεχών ανθεκτικών στα φάρμακα, καθώς και η HIV-λοίμωξη, που εξασθενεί την άμυνα του οργανισμού.

Σε ό,τι αφορά το AIDS, ο αριθμός των δηλωθέντων κρουσμάτων στην Ευρώπη το Νοέμβριο του 1997 ήταν 197.000, ενώ οι εκτιμήσεις για το συνολικό αριθμό των κρουσμάτων είναι γύρω στις 680.000. Η επίπτωση της νόσου φαίνεται να έχει σταθεροποιηθεί στη δυτική Ευρώπη τα τελευταία χρόνια, στις μεσογειακές χώρες ωστόσο παρατηρείται αύξηση στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ ο HIV εξαπλώνεται ταχύτατα, συνεπικουρούμενος τόσο από την ευρεία χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών όσο και από την υψηλή επίπτωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό.⁵ Μόνο στην Ουκρανία αναφέρθηκαν 10.000 νέα κρούσματα το 1996, ενώ τα προηγούμενα χρόνια ανέρχονταν σε 60–80 ετησίως.²

Η ηπατίτιδα Β, η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου ανάμεσα στα λοιμώδη νοσήματα μετά τη φυματίωση και την ελονοσία, εξακολουθεί να πλήττει το επίπεδο υγείας αλλά και την οικονομία της Ευρώπης. Το ποσοστό του πληθυσμού με χρονία ηπατίτιδα, που μπορεί να εξελιχθεί σε χρονία ηπατική νόσο, κίρρωση ή καρκίνο του ήπατος, κυμαίνεται από λιγότερο από 1% (δυτική Ευρώπη), 2–5% (κεντρική και νότια Ευρώπη), έως 5–10% σε Αρμενία, Αζερμπαϊτζάν, Γεωργία και σε περιοχές της Ρωσίας και των ασιατικών δημοκρατιών.⁶

Συμπερασματικά, οι χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης εμφανίζουν μια συνεχή μείωση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα, που προσεγγίζει πλέον τα επίπεδα της δυτικής Ευρώπης. Στις χώρες της

πρώην ΕΣΣΔ, αντίθετα, η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα παρουσιάζει διακυμάνσεις κατά στις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Μετά τη μείωση που σημειώθηκε τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα παρέμεινε σε σταθερά επίπεδα για μία περίπου δεκαετία. Κατά τα μέσα της δεκαετίας του 1980 εμφανίστηκαν τάσεις μείωσης, ενώ από το 1991 η θνησιμότητα από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα παρουσιάζει απότομη αύξηση (εικ. 5).

4. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη βασική αιτία θνησιμότητας και αναπηρίας. Τα τελευταία χρόνια ευθύνονται για το 49% όλων των θανάτων στην Ευρώπη.⁶

Οι ανισότητες υγείας μεταξύ ανατολικής και δυτικής Ευρώπης αφορούν και στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές νόσους. Οι δείκτες θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα για ηλικίες μικρότερες των 65 ετών το 1994–1995 ήταν 55 ανά 100.000 κατοίκους στη δυτική Ευρώπη, 144 στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και 233 στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, μια αναλογία δηλαδή 1:2,5:4 (εικ. 6). Μια πιθανή αιτία για την αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στη Ρωσία είναι ο αλκοολισμός. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετιστεί με θάνατο από οξύ καρδιακό επεισόδιο.⁷

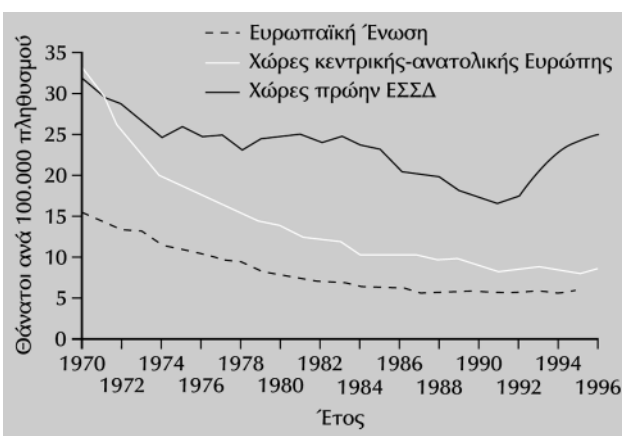
Σε ό,τι αφορά το στόχο που έχει θέση η ΠΟΥ για τη μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές νόσους στις ηλικίες 0–64 κατά 15% το 2000 σε σχέση με τα επίπεδα του 1980, 22 χώρες (46,2% του ευρωπαϊκού πληθυσμού) έχουν επιτύχει το στόχο, 3 χώρες (5,4% του πληθυσμού) θα φθάσουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα εντός του 2000, 18 χώρες (38,8% του πληθυσμού) δεν θα μπορέσουν να αναστείλουν την αύξηση της

θνησιμότητας εντός του 2000, ενώ για τις υπόλοιπες χώρες (9,6%) δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.²

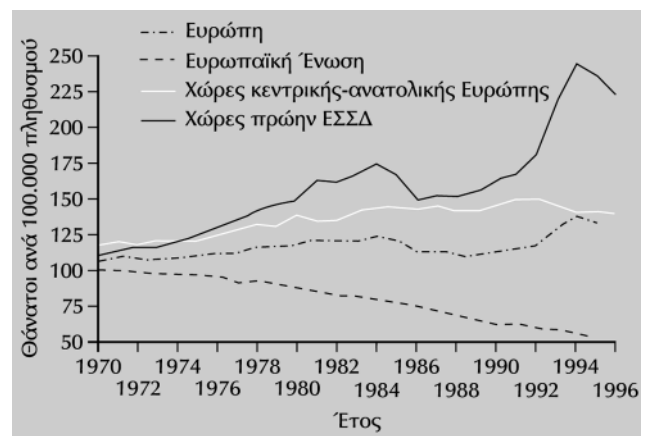
5. ΚΑΡΚΙΝΟΙ

Παρά τις έρευνες σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου τις δύο τελευταίες δεκαετίες, μικρή πρόοδος σημειώθηκε στη μείωση της θνησιμότητας, εκτός από ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, των όρχεων και ορισμένους τύπους λευχαιμιών. Αντίθετα, σε ό,τι αφορά στον καρκίνο του μαστού, του πνεύμονα και των ωοθηκών, οι βελτιώσεις είναι οριακές.

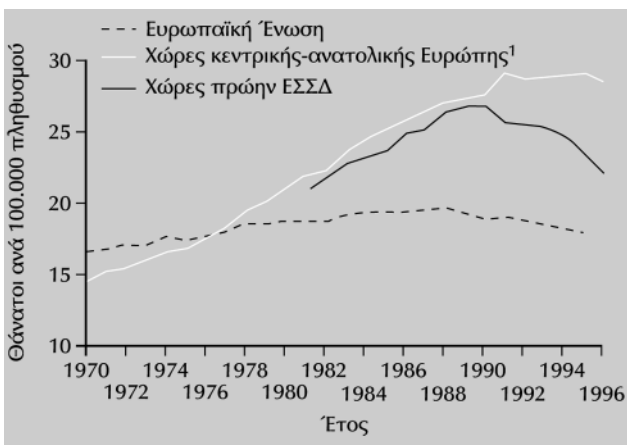
Οι διαφορές θνησιμότητας μεταξύ ανατολής και δύσης απαντώνται και στη θνησιμότητα από καρκίνο στις ηλικίες 0–64 έτη. Τα προτυπωμένα ποσοστά θνησιμότητας ανά 100.000 κατοίκους ήταν 84 στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 112 στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και 109 στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ. Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα ποσοστά θνησιμότητας εμφανίζονται μειωμένα κατά 9% σε σχέση με τη δεκαετία του 1980. Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, τη δεκαετία του 1990 σημειώθηκε μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες, αν και πολλοί θάνατοι από καρκίνο, ιδίως σε ηλικιωμένους σε αγροτικές περιοχές, δεν καταγράφονται. Ένα επιπλέον στοιχείο, που μπορεί να προκαλεί εσφαλμένη εντύπωση για τα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο στις χώρες αυτές, είναι το γεγονός ότι μετά το 1990 άλλαξαν οι διαδικασίες ταξινόμησης.⁸ Στις περισσότερες χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, τη συνεχή αύξηση της θνησιμότητας από το 1990 διαδέχθηκε σταθεροποίηση ή και μείωση, που οφείλεται κυρίως στη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του πνεύμονα (εικ. 7). Στις ηλικίες άνω των 65 ετών, ωστόσο, η θνησιμότητα από καρκίνο είναι υψηλότερη στη δυτική Ευρώπη.⁶



Εικόνα 5. Προτυπωμένοι δείκτες θνησιμότητας από λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα σε ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1970–1996).²



Εικόνα 6. Προτυπωμένοι δείκτες θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος σε ηλικίες 0–64 ετών σε ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1970–1996).²



Εικόνα 7. Προτυπωμένοι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα σε ηλικίες 0–64 ετών, σε ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1970–1996).² Δεν περιλαμβάνεται η πρώην Γιουγκοσλαβία και οι χώρες που προήλθαν από τη διάλυσή της.

Στόχος των προγραμμάτων πρόληψης της ΠΟΥ είναι να μειωθεί η θνησιμότητα από καρκίνο σε άτομα 0–64 ετών κατά 15% σε σχέση με τα επίπεδα του 1980. Πέντε χώρες στην Ευρώπη έχουν πετύχει το στόχο, 8 χώρες θα τον πετύχουν εντός του 2000, 12 χώρες παρουσιάζουν πτωτικές τάσεις χωρίς να μπορούν να φθάσουν το στόχο, 18 χώρες εμφανίζουν αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο, ενώ για το υπόλοιπο 9,6% του ευρωπαϊκού πληθυσμού δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.²

Από τους παράγοντες κινδύνου, ο πιο σημαντικός θεωρείται το κάπνισμα, που ευθύνεται για το 25–30% των θανάτων από καρκίνο. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν την καρκινογένεση είναι η διατροφή, το αλκοόλ, περιβαλλοντικοί παράγοντες και επαγγελματικά καρκινογόνα.⁹

6. ΑΛΛΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Τα περισσότερα χρόνια νοσήματα διαφεύγουν της προσοχής, επειδή είναι λιγότερο θανατηφόρα από τον καρκίνο και τις καρδιαγγειακές νόσους. Καθώς ο πληθυσμός της Ευρώπης «γερνάει», χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι χρόνιες αναπνευστικές νόσοι, η οστεοπόρωση και άλλα εκφυλιστικά μυοσκελετικά νοσήματα, παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις.

Περίπου 20–25 εκατομμύρια Ευρωπαίοι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου. Η θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη είναι σταθερή ή μειώνεται στη δυτική Ευρώπη και στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης,

ενώ εμφανίζει τάσεις αύξησης στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ.⁶

Οι ψυχικές διαταραχές, σε όλες τις χρονικές περιόδους, αποτελούν σημαντικό μέρος των προβλημάτων υγείας ενός πληθυσμού. Το ποσοστό του ευρωπαϊκού πληθυσμού με σοβαρά ψυχικά προβλήματα κυμαίνεται από 1–6%. Οι σημαντικές πολιτικές και κοινωνικο-οικονομικές ανακατατάξεις στην ανατολική Ευρώπη μετά το 1989 αύξησαν το άγχος της καθημερινής ζωής, ενώ σε πολλές χώρες ο πόλεμος, η απομάκρυνση από την οικογένεια και η μαζική μετανάστευση δημιούργησαν ευνοϊκές συνθήκες για την εμφάνιση του συνδρόμου του μετατραυματικού stress. Στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, η επίπτωση των ψυχικών διαταραχών το 1995 ήταν 302 ανά 100.000 κατοίκους.¹⁰

Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ανεπαρκή, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα αποτελέσουν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στο χώρο της υγείας το νέο αιώνα.

7. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ

Οι επιπτώσεις των ατυχημάτων τόσο στο ανθρώπινο δυναμικό όσο και στο οικονομικό κόστος είναι τεράστιες, ενώ μπορούν να αποφευχθούν σε μεγάλο βαθμό. Τα ατυχήματα αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου στους Ευρωπαίους στις μικρές ηλικίες και ως εκ τούτου η απώλεια των παραγωγικών ετών ζωής είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Το 1995, η αναλογία της θνησιμότητας από ατυχήματα στη δυτική Ευρώπη, στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ ήταν 1:2:4, ενώ η αναλογία στις θνησιμότητες από ανθρωποκτονίες ήταν, αντίστοιχα, 1:3:20 (πίν. 1).

Τα τροχαία ατυχήματα που συνεπάγονται τραυματισμό, υπολογίζονται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε 340 ανά 100.000 κατοίκους και είναι διπλάσια έως τριπλάσια από αυτά που συμβαίνουν στις χώρες της

Πίνακας 1. Βασικά εξωτερικά αίτια θανάτου ανά 100.000 πληθυσμού και ποσοστιαία κατανομή των θανάτων από εξωτερικά αίτια στην Ευρώπη (1994–1995).²

	Ευρωπαϊκή Ένωση	Χώρες κεντρικής-ανατολικής Ευρώπης	Χώρες πρώην ΕΣΣΔ
Τροχαία ατυχήματα	11,8 (27%)	15,7 (20%)	19,8 (10%)
Αυτοκτονίες	11,7 (26%)	16,1 (21%)	30,8 (17%)
Ανθρωποκτονίες	1,2 (3%)	3,3 (4%)	23,8 (13%)
Άλλα αίτια	19,6 (44%)	43,4 (55%)	112,1 (60%)
Όλα τα εξωτερικά αίτια	44 (100%)	78 (100%)	186 (100%)

ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ. Η κατάσταση αντιστρέφεται, ωστόσο, στη θνησιμότητα από ατυχήματα, η οποία είναι διπλάσια στην ανατολική Ευρώπη, γεγονός που σημαίνει ότι η θνησιμότητα από ατυχήματα είναι πολύ υψηλότερη στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ.⁶

Η κατανάλωση αλκοόλ θεωρείται ένας από τους βασικότερους αιτιολογικούς παράγοντες στην πρόκληση θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων.^{11,12}

8. Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ, ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

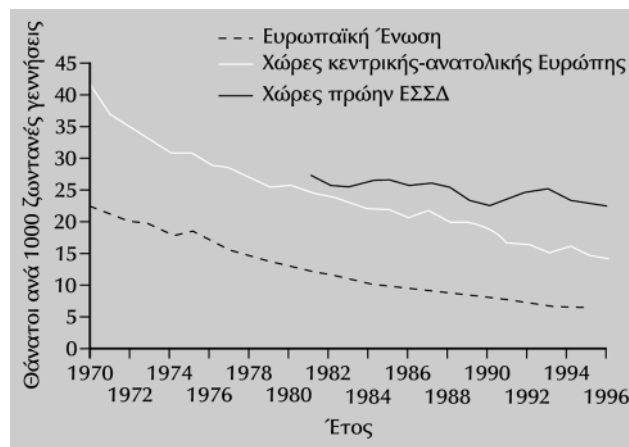
Σύμφωνα με τα συμπεράσματα του Προγράμματος Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών “Human Development Report 1997”, καμιά κοινωνία δεν αντιμετωπίζει τις γυναίκες τόσο καλά όσο τους άνδρες. Οι γυναίκες έχουν κατά μέσο όρο κατώτερη εκπαίδευση, χαμηλότερο εισόδημα και κοινωνική θέση.¹³

Το 1995, η μητρική θνησιμότητα ανά 100.000 γεννήσεις ήταν 6 στη δυτική Ευρώπη, 18 στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και 41 στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, αναλογία, δηλαδή, 1:3:7. Τη δεκαετία του 1990, η μητρική θνησιμότητα σταθεροποιήθηκε στη δυτική Ευρώπη και στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης, ενώ στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ συνέχισε να μειώνεται, μετά τη σημαντική μείωση που σημειώθηκε το 1990. Η κύρια αιτία της μητρικής θνησιμότητας στην ανατολική Ευρώπη είναι οι εκτρώσεις, που στην περιοχή αυτή αποτελούν την κύρια μέθοδο αντισύλληψης.⁶

Άλλα ειδικά προβλήματα υγείας των γυναικών είναι ο καρκίνος του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Λόγω της έλλειψης εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου και πρώιμης διάγνωσης, τα ποσοστά θανάτων από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας είναι διπλάσια στην ανατολική απ’ ό,τι στη δυτική Ευρώπη.

Η βρεφική θνησιμότητα μειώνεται σταθερά σε όλη σχεδόν την Ευρώπη (εικ. 8). Η προσωρινή αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, που παρατηρήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1990 στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι οι τοπικές υπηρεσίες υγείας άλλαξαν τον προσδιορισμό των ζωντανών γεννήσεων, προκειμένου να συμφωνούν με αυτούς που προτείνει η ΠΟΥ.

Η βρεφική θνησιμότητα στην Ευρώπη ήταν 25,7 θάνατοι βρεφών ανά 1000 ζωντανές γεννήσεις το 1980 και 18,1 το 1994. Αν οι σημερινές τάσεις συνεχίσουν να υφίστανται, μέχρι το τέλος του 2000 θα έχει



Εικόνα 8. Βρεφική θνησιμότητα σε ομάδες κρατών στην Ευρώπη (1970–1996).²

επιτευχθεί μείωση της βρεφικής θνησιμότητας στο επίπεδο του 14,8, μόλις δηλαδή κάτω από το στόχο 15 θάνατοι βρεφών ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις, που έχει θέσει η ΠΟΥ για το 2000.²

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί στον τομέα της προαγωγής υγείας στις μικρές παιδικές ηλικίες, σε πολλές χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ το επίπεδο υγείας των μικρών παιδιών είναι ανησυχητικό. Οι πιθανότητες που έχει ένα παιδί να ξεπεράσει τα 5 έτη ζωής εμφανίζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των διαφόρων ευρωπαϊκών κρατών.

Η θνησιμότητα και η νοσηρότητα των μικρών παιδιών είναι μικρότερη στη δυτική Ευρώπη σε σχέση με τις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και τις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, το βρογχικό άσθμα και οι αλλεργικές καταστάσεις που εκδηλώνονται στο αναπνευστικό σύστημα, ωστόσο, παρουσιάζουν μεγαλύτερη αύξηση στη δυτική Ευρώπη, πιθανώς λόγω της αυξημένης περιβαλλοντικής μόλυνσης.

9. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

9.1. Κάπνισμα

Το πρώτο ήμισυ της δεκαετίας του 1990, περίπου 30% των ενήλικων Ευρωπαίων ήταν συστηματικοί καπνιστές, ενώ καμία χώρα δεν είχε καταφέρει να είναι μη καπνιστές το 80% του πληθυσμού.

Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό των καπνιστών είναι υψηλότερο στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, μεγάλο μέρος του πληθυσμού συνεχίζει το κάπνισμα στις χώρες της δυτικής Ευρώπης.

Στο πλαίσιο του προγράμματος «η Ευρώπη κατά του καρκίνου», η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διεξήγαγε έρευνα σχετικά με το κάπνισμα σε 12 χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1987 ως το 1995, σύμφωνα με την οποία:

- Το ποσοστό των καπνιστών μειώθηκε από 37% σε 33% στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Μια απότομη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος παρατηρήθηκε σε ορισμένες δυτικές και σκανδιναβικές χώρες.
- Μια ελαφρά μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος σημειώθηκε σε άλλες δυτικές και σκανδιναβικές χώρες.¹⁴

Παρά τη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος, που παρατηρείται στην Ευρωπαϊκή Ένωση τα τελευταία χρόνια, σε ορισμένες νότιες ευρωπαϊκές χώρες το ποσοστό των γυναικών που καπνίζουν αυξάνεται.¹⁵

Το κάπνισμα ευθυνόταν για το 13% των θανάτων στην Ευρώπη το 1995 (πίν. 2). Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, το 20% των ανδρών κάτω των 35 ετών θα πεθάνουν από νόσο που σχετίζεται με το κάπνισμα προτού συμπληρώσουν την ηλικία των 69 ετών.¹⁷

Τα χαμένα χρόνια ζωής εξαιτίας του καπνίσματος κυμαίνονται από 19–23 στην Ευρώπη. Παρόλο που στη δυτική Ευρώπη το ποσοστό των ανθρώπων που πεθαίνουν από νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα μειώνεται, το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες συνεχίζει να αυξάνεται. Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, η θνησιμότητα από νοσήματα που οφείλονται στο κάπνισμα αυξάνεται και για τα δύο φύλα. Αν οι παρούσες τάσεις συνεχιστούν, το κάπνισμα αναμένεται

Πίνακας 2. Θάνατοι αποδιδόμενοι στο κάπνισμα σε 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (χιλιάδες) (1995).¹⁶

Ηλικία	Άνδρες			Γυναίκες		
	0-34	35-69	70+	0-34	35-69	70+
Καρκίνος πνεύμονα	-	69	61	-	10	14
Όλοι οι καρκίνοι	-	107	95	-	13	20
Καρδιαγγειακά νοσήματα	-	55	60	-	9,3	29
Αναπνευστικά νοσήματα	-	18	56	-	5,3	23
Άλλα αίτια	-	25	18	-	4,4	9,1
Όλα τα άλλα αίτια	-	205	229	-	32	81

να προκαλέσει μέχρι το 2020 τους περισσότερους θανάτους από οποιαδήποτε άλλη αιτία.¹⁸

9.2. Αλκοόλ

Μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και μέχρι τη δεκαετία του 1970 παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ στην Ευρώπη. Έκτοτε, οι περισσότερες χώρες έχουν σταθεροποιήσει ή και μειώσει την κατανάλωση, με αποτέλεσμα τη μείωση κατά 18% της κατά κεφαλή κατανάλωσης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη χρονική περίοδο από το 1980 έως το 1993. Αν και στις περισσότερες δυτικοευρωπαϊκές χώρες παρατηρούνται τάσεις μείωσης, μόνο τρεις χώρες (Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία) έχουν πετύχει το στόχο της ΠΟΥ για το 2000, μειώνοντας κατά 25% την κατανάλωση οινοπνεύματος από το 1980 έως το 1995.¹⁹

Χώρες με υψηλή κατανάλωση αλλά με πτωτικές τάσεις είναι η Γαλλία, η Ιταλία, η Ισπανία και το Λουξεμβούργο, ενώ στην Αυστρία, τη Γερμανία και την Πορτογαλία η κατανάλωση αλκοόλ παραμένει σταθερά υψηλή. Παρά τη χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ, χώρες όπως η Φινλανδία, η Δανία και η Μεγάλη Βρετανία εμφανίζουν αύξηση τα τελευταία χρόνια, το Βέλγιο, η Ολλανδία και η Ιρλανδία έχουν χαμηλή και αμετάβλητη κατανάλωση, ενώ η Ελλάδα και η Σουηδία κατάφεραν να μειώσουν την ήδη χαμηλή κατά κεφαλή κατανάλωση αλκοόλ.¹⁹ Το 90% των κατοίκων των ευρωπαϊκών χωρών ξεπερνούν την κατανάλωση των 2 λίτρων καθαρού αλκοόλ το χρόνο, ποσότητα που θεωρείται ότι σχετίζεται με τη χαμηλότερη θνησιμότητα. Στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης καθώς και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών κατά την περίοδο 1980–1993 αυξήθηκε, αν και τα επίσημα στοιχεία δεν αντικατοπτρίζουν την πραγματική κατανάλωση, που συχνά είναι διπλάσια έως και τριπλάσια της καταγεγραμμένης.¹⁷

Το αλκοόλ, ως γνωστό, σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση νοσημάτων όπως ηπατική κίρρωση, παγκρεατίτιδα, καρκίνο του ανώτερου αναπνευστικού και πεπτικού συστήματος, αλκοολική ψύχωση, καθώς και με την πρόκληση βίας και ατυχημάτων. Η περισσότερο μελετημένη συσχέτιση του αλκοόλ είναι αυτή με την ηπατική νόσο και την κίρρωση. Το 1995, τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από ηπατική νόσο και κίρρωση παρουσίαζαν οι ανατολικές χώρες, ενώ στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 1995, αν και τα ποσοστά εμφάνισαν μικρή μείωση, παρέμεναν περίπου διπλάσια από αυτά των σκανδιναβικών χωρών.¹⁷

Η σημαντική αύξηση της επίπτωσης της αλκοολικής ψύχωσης επιβεβαιώνει την υψηλή και διαρκώς αυξανόμενη κατανάλωση αλκοόλ.

9.3. Ναρκωτικά

Υπολογίζεται ότι 1,5–2 εκατομμύρια Ευρωπαίοι κάνουν συστηματική χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, στις οποίες περιλαμβάνονται η κάνναβη, τα οπιούχα, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη. Τα ποσοστά των χρηστών αυξάνονται στην ανατολική Ευρώπη, ενώ σε πολλές χώρες της δυτικής Ευρώπης οι χρήστες των οπιούχων δείχνουν να έχουν σταθεροποιηθεί. Σε όλη την Ευρώπη, ωστόσο, αυξάνεται η χρήση παράνομων ουσιών στους νέους. Περίπου το 40% των κρουσμάτων AIDS και μεγάλο ποσοστό των οροθετικών ατόμων στη δυτική Ευρώπη αφορούν χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών.

Στις περισσότερες χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, το ποσοστό των χρηστών ναρκωτικών που είναι οροθετικοί είναι ακόμα χαμηλό, αν και σε κάποιες από αυτές (Ρωσία, Ουκρανία, Λευκορωσία) αναφέρεται ραγδαία αύξηση της οροθετικότητας των χρηστών.¹⁷

9.4. Διατροφή

Η συσχέτιση της διατροφής με την πρόκληση διαφόρων νόσων αλλά και η προστατευτική επίδραση διαφόρων διατροφικών συνθηκών, έχει αποδειχθεί επιδημιολογικά. Η διατροφή αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου και διαφόρων τύπων καρκίνου, νόσων που αποτελούν τις βασικότερες αιτίες πρώιμου θανάτου στην Ευρώπη.²⁰⁻²³ Τα καρδιαγγειακά νοσήματα ευθύνονται για 180.000 πρώιμους θανάτους στις ηλικίες 35–64 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση,²⁴ από τους οποίους οι 60.000 μπορούν να αποδοθούν σε διατροφικούς παράγοντες.²⁵ Από την άλλη πλευρά, η λεγόμενη «μεσογειακή δίαιτα» έχει αποδειχθεί ότι προστατεύει από ορισμένους τύπους καρκίνου (όπως τον καρκίνο του μαστού),²⁶⁻²⁸ γεγονός που ενισχύεται από τη χαμηλότερη επίπτωση των καρκίνων αυτών στις χώρες της νότιας Ευρώπης.^{26,29}

Σύμφωνα με στοιχεία της ΠΟΥ, υπάρχει σημαντική διαφορά στην επίπτωση των νόσων που σχετίζονται με τη διατροφή ανάμεσα στις βόρειες και τις νότιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιακή νόσο είναι μικρότερη στις χώρες του νότου (Ελλάδα, Ιταλία, Γαλλία) και υψηλότερη στις χώρες του βορρά (Μεγάλη Βρετανία, Φινλανδία, Ιρλανδία).²⁹ Στη Γαλλία, το προτυπωμένο πληθικό θνησιμότητας είναι 94 ανά 100.000 στους άνδρες ηλικίας 35–64 ετών, στην Ισπανία είναι 130, ενώ στη Δανία και στην Ιρλανδία το προτυπωμένο πληθικό θνησιμότητας στην ίδια ηλικιακή ομάδα και κοινωνική θέση είναι 306 και 380, αντίστοιχα.²⁴

Το ποσοστό της διατροφικής ενέργειας που προέρχεται από τα λιπίδια αυξανόταν σταθερά ως το 1990 σε

όλη την Ευρώπη. Η πρόσφατη μείωση της κατανάλωσης λιπιδίων οφείλεται κυρίως σε περικοπές στις χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και στις χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, αλλά και στις σκανδιναβικές χώρες, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση η πρόσληψη λίπους αυξάνεται συνεχώς. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι, τόσο στο βορρά όσο και στο νότο, οι Ευρωπαίοι από την παιδική και την εφηβική τους ηλικία καθιερώνουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες.^{30,31}

Η παχυσαρκία και το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελούν προβλήματα υγείας, που λαμβάνουν όλο και μεγαλύτερες διαστάσεις στην Ευρώπη. Αν και τα διαθέσιμα στοιχεία είναι ελλιπή, 10–20% των ανδρών και 10–25% των γυναικών στην Ευρώπη είναι παχύσαρκοι. Η επίπτωση της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί κατά 10–40% την τελευταία δεκαετία και είναι μεγαλύτερη στην ανατολική απ' ό,τι στη δυτική Ευρώπη. Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, που θεωρείται ότι σχετίζεται με χαμηλό ποσοστό ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου και καρκίνου, έχει αυξηθεί σε ορισμένες χώρες στη βόρεια Ευρώπη. Δεν έχει ακόμα επιτευχθεί, ωστόσο, η πρόσληψη 400 g ημερησίως, ποσότητα που συστήνει η ΠΟΥ.³²

Η αναιμία, που σε ορισμένες περιπτώσεις οφείλεται σε διατροφικές συνήθειες (π.χ. σιδηροπενική αναιμία), εμφανίζεται σε ποσοστό 11% του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Σε ορισμένες χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης και σε χώρες της πρώην ΕΣΣΔ, η επίπτωση της αναιμίας είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Στο Αζερμπαϊτζάν, το 70% των παιδιών ηλικίας 1–2 ετών και το 36% των γυναικών εμφανίζουν αναιμία.³³

9.5. Φυσική άσκηση

Αν και έχει αποδειχθεί ότι η συστηματική φυσική άσκηση βελτιώνει την υγεία, μειώνοντας την επίπτωση νοσημάτων σε βαθμό συγκρίσιμο με αυτόν της διακοπής του καπνίσματος ή της χαμηλής πρόσληψης λίπους με τη διατροφή, ελάχιστες χώρες στην Ευρώπη καταγράφουν τα επίπεδα άσκησης του πληθυσμού. Μια από τις λίγες έρευνες που αφορούν στην άθληση κατά τη σχολική ηλικία είναι η Health Behaviour of School-Aged Children Study. Βασισμένη σε στοιχεία από 20 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφέρει ότι τη χρονική περίοδο 1993–1994, το 62–92% των αγοριών και το 41–84% των κοριτσιών ασκούσαν εντατικά 2 έως περισσότερες φορές την εβδομάδα.³⁴

Σε πρόσφατη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, το 74,4% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής και η βασικότερη αιτία είναι η έλλειψη ελεύθερου χρόνου (19,4%).

ABSTRACT

Health indicators in EuropeY. TOUNTAS,^{1,2} D. TRIANTAFYLLOU,¹ S. FRISIRAS²¹Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, ²Institute of Social and Preventive Medicine, Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2000, 17(1):89–100*

This is a report of the health status and health trends in the European Region in the 1990's. Demographically, there has been a decrease in birth rates and increase life expectancy at birth, trends which lead to negative population growth and population aging. However, the east-west gap in life expectancy has increased. The mortality rates from infectious diseases decreased, except for in the newly independent states of the former USSR, where there was a sudden increase. The re-emergence of cholera and diphtheria, and the explosion of cases of malaria, tuberculosis and hepatitis B, have become a major health issue in both eastern and western Europe. Diseases of the cardiovascular system are responsible for 49% of all deaths but mortality in eastern Europe is 2 to 4 times higher than in the rest of the region. Cancer mortality has decreased slightly in the European Region. Among people under 65 years, mortality from cancer is higher in eastern Europe, while among people aged 65 years and more it is higher in the western part of the Region. Given population aging, chronic diseases are becoming a major and increasing health problem throughout Europe. Mortality from external causes of injury and poisoning is 2 to 4 times higher in the eastern part of the Region, with the exception of that from road accidents. Nevertheless road accidents have a much higher case fatality rate in eastern Europe. The east-west mortality gap also applies to both maternal and infant mortality rates, which have decreased across Europe. Despite a decrease in smoking prevalence, no European country has met the target for the year 2000 of 80% nonsmokers. In the European Union, the average recorded per capita consumption of pure alcohol decreased by approximately 18% between 1980–1993, whereas in the eastern part of the Region alcohol consumption increased significantly. The use of psychoactive drugs increased among young people throughout the Region and a large percentage of AIDS cases are injecting drug users. The prevalence of obesity increased by 10–40% in most European countries in the 1990's, and is higher in the eastern part of the Region.

Key words: Health, Health indicators, Morbidity, Mortality

Βιβλιογραφία

1. WHO. Health for all statistical database. Epidemiology, Statistics and Health Information Unit, WHO Regional Office for Europe, 1997
2. WHO. Health in Europe. WHO Regional Publications, European Series, Copenhagen, 1998, 83:11–75
3. OECD Health Data: A comparative analysis of 29 countries. OECD Health Policy Unit, Paris, 1999
4. Health in Europe. 6th ENHPA Business Meeting, Berlin, 1999:16 (Book of abstracts)
5. SHCHERBINSKAIA AM, KOBYSCHCHA IuV, KRUGLOV IuV, CHENTSOVA NP, BOCHKOVA LV, MAKSIMENOK EV ET AL. The epidemic situation in relation to HIV infection in Ukraine (1987–1997). *Zh Microbiol Epidemiol Immunobiol* 1999, 1:26–29
6. ROBINE J-M, ROMIEU I. Monitoring health inequalities in Europe: the need for health surveys (working paper prepared for the Fourth Consultation on Common Methods and Instruments for Health Interview Surveys in Europe). (Document EUR/ICP/INFO/02 03 0518), Copenhagen, 1997
7. CHENET L, MCKEE M, LEON D, SHKOLNIKOV V, VASSIN S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow; new evidence of a causal association. *J Epidemiol Commun Health* 1998, 52:772–774
8. SHKOLNIKOV VM, MCKEE M, VALLIN J, AKSEL E, LEON D, CHENET L ET AL. Cancer mortality in Russia and Ukraine: validity, competing risks and cohort effects. *Int J Epidemiol* 1999, 28:19–29
9. LEVI F. Cancer prevention: epidemiology and perspectives. *Eur J Cancer* 1999, 35:1046–1058
10. NEMTZOV A. Alcohol consumption and mortality in the Russian Federation. In: *Population and Society*. Centre for Demography and Human Ecology, Institute of National Economy Prognoses, Russian Academy of Sciences, Moscow, 1996 (Bulletin No 10)
11. TIMBY N, SJOGREN H, BJORNSTIG U, ERIKSSON A. Crash responsibility versus drug and alcohol use among fatally injured and hospitalized motor vehicle drivers in Sweden. *Alcohol Clin Exp Res* 1998, 22:1838–1841
12. SEYMOUR A, OLIVER JS. Role of drugs and alcohol in impaired drivers and fatally injured drivers in the Strathclyde police region of Scotland, 1995–1998. *Forensic Sci Int* 1999, 103:89–100
13. Human Development Report 1997. Oxford University Press, Oxford, 1997
14. MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. European strategy to promote health and non-smoking, "Europe against Cancer" pro-

- gram High Level Cancer Experts Committee Consensus Conference on Tobacco, Helsinki, 1996
15. JOOSENS L. Tobacco. In: Weil O, McKee M, Brodin M, Oberle D (eds) *Priorities for public health action in the European Union, employment and social affairs*. DGV, Directorate for Public Health, Health Promotion and diseases surveillance unit, Luxembourg, 1999:44–45
 16. PETO R, LOPEZ AD, BOREHAM J, THUN M, HEATH C. Mortality from tobacco in developed countries 1950–2000: Indirect estimates from vital statistics Revised figures, Oxford University Press, Oxford, 1998
 17. HARKIN AM. Smoking, drinking and drug taking in the European Region. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997 (document)
 18. WHO. Tobacco or health: a global status report. World Health Organization, Geneva, 1997
 19. BRITTON A, MCKEE M. Alcohol. In: Weil O, McKee M, Brodin M, Oberle D (eds) *Priorities for public health action in the European Union, employment and social affairs*. DGV, Directorate for Public Health, Health Promotion and diseases surveillance unit, Luxembourg, 1999:21–22
 20. JAMES WPT, FERRO-LUZZI A, ISAKSSON B, SZOSTAK WB. Healthy nutrition: preventing nutrition-related diseases in Europe. World Health Organization Regional Publications, European Series, Copenhagen 1988, No 24
 21. WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. World Health Organization Technical Report Series 797, Geneva, 1990
 22. STOA. Nutrition in Europe. European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Director General for Research, Brussels, 1997
 23. TRICHOPOULOU A, LAGIOU P. Methodology for the Exploitation of HBS Food Data and Results on Food Availability in 5 European Countries. European Commission DAFNE 1 study, Directorate-General Science, Research and Development, Brussels, 1997
 24. CEC. On the state of health in the European Community. Second report. Commission of the European Communities, Luxembourg, 1995
 25. EHN. Food, nutrition and cardiovascular disease prevention in Europe. European Heart Network, Brussels, 1998
 26. FERRO-LUZZI A, SETTE. The Mediterranean Diet: an attempt to define its present and past composition. *Eur J Clin Nutr* 1989, 43(Suppl 2):13–29
 27. JAMES WPT, DUTHIE GG, WAHLE KWJ. The Mediterranean Diet: protective or simply non-toxic? *Eur J Clin Nutr* 1989, 43(Suppl 2): 31–41
 28. TRICHOPOULOU A, LAGIOU P. Options for dietary development, based on science and reason in STOA Nutrition in Europe. European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Director General for Research, Brussels, 1997, PE Number 166.481:75–91
 29. FERRO-LUZZI A, JAMES WPT. Diet and Health, Nutrition in Europe. European Parliament Scientific and Technological Options Assessment, Director General for Research Brussels, 1997, PE Number 166.481:2–38
 30. BALLI F, VIOLA L, DI BIASE AR, TAROZZI G. Nutritional status and dietary habits of children in the Province of Modena. *Pediatr Med Chir* 1999, 21:13–17
 31. ROBERTS SJ, MCGUINNESS PJ, BILTON RF, MAXWELL SM. Dieting behavior among 11–15-year-old girls in Merseyside and the Northwest of England. *J Adolesc Health* 1999, 25:15
 32. Nutrition policy in WHO European Member States: second progress report following the 1992 International Conference on Nutrition: WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992 (draft document EUR/ICP/LVNG/ 02 01 16)
 33. WHO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases. Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Organization, 1990 (WHO Technical Report Series, No 797)
 34. KING A. The health of youth. A cross-national survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996

Corresponding author:

Y. Tountas, 25 Alexandroupoleos street, GR-115 27 Athens, Greece